

ZGODA NA WIZYTĘ MAŁOLETNIJ(NIEGO) PACJENTKI(TA) U LEKARZA

Nazwisko i imię Pacjentki/ta:.....

PESEL Pacjentki/ta:..... Data urodzenia Pacjentki/ta*:.....

Nr i rodzaj dokumentu tożsamości Pacjentki/ta*:.....

Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego**.

.....
.....

Przed podpisaniem oświadczenia prosimy o udzielenie informacji na temat stanu zdrowia Pacjentki/ta:

Czy choruje na padaczkę, cukrzycę, choroby zakrzepowe alergię lub inne choroby?

.....
.....

Inne ważne informację o stanie zdrowia Pacjentki/ta:

.....
.....

Ewentualne uwagi:

.....
.....

Prosimy o podpisanie oświadczenia:

Ja, niżej podpisana/podpisany** ZGADZAM SIĘ na wizytę małoletniej(niego) Pacjentki(ta) u lekarza.

Wyrażam zgodę na:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> badanie ginekologiczne | <input type="checkbox"/> przepisanie leków antykoncepcyjnych |
| <input type="checkbox"/> poradę ginekologiczną | <input type="checkbox"/> inne badanie, jakie |
| <input type="checkbox"/> poradę antykoncepcyjną | <input type="checkbox"/> inną poradę jaką |

Dz.U.2014.121 j.t. z późn. zm

Art. 10. § 1. Kodeksu cywilnego - Małoletnim jest, osobna która nie ukończyła lat 18.

Dz.U.2012.159 j.t. z późn. zm.

Art. 17. § 1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza.

.....
(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna faktycznego**)

.....
(data i czytelny podpis Pacjentki/ta, w przypadku ukończenia 16 lat)

*wypełnić jeśli Pacjent/ka nie posiada numeru PESEL

**niepotrzebne skreślić